

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

**Ärztliche
Bescheinigung**

Name, Vorname des Versicherten:	geb. am
---------------------------------	---------

Kassen Nr.	Versicherten -Nr	Status
Betriebsstätten-Nr	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Bescheinigung

**Über die medizinische Notwendigkeit einer
Ernährungsberatung**

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Nr. 2 SGB V

Für oben genannte(n) Patientin(en) wird eine Ernährungsberatung auf Grund folgender Indikation erbeten

Indikation:

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes:

Hinweis: Das Ausfüllen der ärztlichen Bescheinigung belastet nicht ihr Heilmittelbudget